

manometric, and acid reflux studies in 67 patients for a mean follow-up of 190 months. *Ann Surg.* 2006;243:196-203.

David Ruiz de Angulo\*, M. Ángeles Ortiz,  
Luisa F. Martínez de Haro y Vicente Munitiz

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital  
Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [druizdeangulo@hotmail.com](mailto:druizdeangulo@hotmail.com)  
(D. Ruiz de Angulo).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.04.029](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.04.029)

## Respuesta de los autores

### Authors' reply

Sr. Director:

Hemos leído con interés y agradecemos los comentarios a nuestro artículo sobre acalasia<sup>1</sup> realizados por Ruiz de Angulo et al. En líneas generales, compartimos gran parte de las consideraciones que refieren y queríamos aclarar algunas de sus apreciaciones.

La acalasia causa graves molestias a los pacientes que la sufren. Un 90% precisa modificar sus hábitos alimentarios y un 76% los de dormir<sup>2</sup>. El estudio manométrico pre y postoperatorio, al igual que el grado de dilatación radiológica del esófago, son datos que consideramos muy relevantes, si bien su valoración no era el objetivo de nuestro trabajo, que únicamente quería analizar los resultados del tratamiento laparoscópico de la acalasia. Un 95% de nuestros pacientes están satisfechos con el resultado de la cirugía, habiendo mejorado sensiblemente su calidad de vida. Esto es lo más importante para nosotros y da sentido a nuestro trabajo diario.

Tal como exponemos en la discusión de nuestro trabajo, parece claro que la miotomía puede favorecer un RGE posterior y que, estos pacientes, se debaten en la dualidad de presentar una acalasia o un RGE como consecuencia de la miotomía. Además, para acabar de complicar, también sabemos que más del 10% de las acalacias se acompañan de patología esófago-gástrica concomitante<sup>3</sup>. Por ello, resulta complejo establecer cuál es el papel real de cada síntoma en estos pacientes. Conocíamos que la regurgitación es más prevalente que el dolor torácico en la mayoría de series. Sin embargo, el hecho de que en nuestro estudio sea lo contrario no creemos que tenga ninguna transcendencia clínica y, probablemente, sea debido a que la serie es corta o que hemos hipervalorado el dolor torácico en la recogida de datos. En ningún caso sería motivo de modificar actitudes de tratamiento.

En cuanto al estudio pH-métrico postoperatorio, Ruiz de Angulo et al. aconsejan realizar esta prueba con cierta periodicidad, mientras en nuestra serie sólo la realizamos a pacientes con síntomas de RGE. Compartimos el concepto pero

debemos reconocer que, en nuestro medio, nuestros pacientes se han mostrado muy reacios a realizarse pruebas invasivas postoperatorias cuando la mejora de su sintomatología era evidente. Probablemente, nosotros mismos, al ver esta mejoría clínica que presentaban tampoco hemos insistido como debiéramos.

En definitiva, el objetivo del tratamiento de la acalasia es paliar los síntomas de la obstrucción esofágica. La miotomía laparoscópica consigue un control muy satisfactorio de estos síntomas con una mínima morbilidad, convirtiéndola en una alternativa de primer orden en el tratamiento de esta singular enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Feliu X, Besora P, Clavería R, Camps J, Salazar D, Viñas X, et al. Laparoscopic treatment of achalasia: analysis of results and reflections on the technique. *Cir Esp.* 2011;89:82-6.
2. Barry L, Ross S, Dahal S, Morton C, Okpaleke C, Rosas M, et al. Laparoendoscopic single-site Heller myotomy with anterior fundoplication for achalasia. *Surg Endosc.* 2011;25:1766-74.
3. Berindoague R, Targarona E, Feliu-Palà X, Balagué C, Martínez C, Hernández P, et al. Unusual upper gastrointestinal diseases associated with achalasia: laparoscopic approach. *Surg Endosc.* 2007;21:719-23.

Xavier Feliu

*Servicio de Cirugía General, Hospital General d'Igualada, Igualada,  
Barcelona, España*

Correo electrónico: [16255xfp@comb.es](mailto:16255xfp@comb.es)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2011.07.005](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.07.005)